

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉNINGITE SYPHILITIQUE

A FORME HYPERSOMNIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

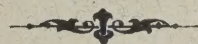
PAR

Ange BOUISSEREN

Né à San Stefano-Roero le 17 juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		VIRES, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

MÉNINGITE SYPHILITIQUE

A FORME HYPERSOMNIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0206

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MÉNINGITE SYPHILITIQUE

A FORME HYPERSOMNIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mai 1920

PAR

Ange BOUISSEREN

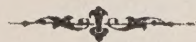
Né à San Stefano-Roero le 17 juin 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ VEDEL, professeur, *Président*.
VIRES, professeur.
EUZIERE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
N...	ASSESSEUR
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TERNAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (H)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (H)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O *) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a.l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*), doct. (c. c.)

Agrégés en exercices

MM. GALAVIÈRE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIÈRE.	PECH (*), ch. d'agr.l.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (H).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examinateurs de la thèse :

MM. VEDEL, professeur, <i>président</i> .	MM. EUZIÈRE, agrégé.
VIRES, professeur.	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'engage ni leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE, A MON PÈRE

*Pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi ; très faible témoignage de
gratitude et de profond amour filial.*

A MON FRÈRE

A. BOUISSEREN.

A MON AMI D'ENFANCE
DOMINIQUE VERRANDO

En gage d'une sincère affection.

A MESSIEURS LES DOCTEURS MAURIN ET BERNARD

Qu'ils soient assurés de ma parfaite reconnaissance.

A MONSIEUR L'ABBÉ DARY

A TOUS MES AMIS

A. BOUISSEREN.

A MA COLLABORATRICE

MADemoisELLE Y.-G. FAM

*Souvenir de mes premiers pas
dans les études médicales.*

A. BOUISSEREN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A TOUS MES BONS CAMARADES D'ÉTUDES

A. BOUISSEREN

AVANT-PROPOS

Alors que nous vivons l'époque du plein épanouissement d'un syndrome anatomoclinique sinon nouveau, du moins rare jusqu'à ces dernières années, nous voulons parler de l'encéphalite léthargique de Netter; il paraît intéressant de grouper, en les énumérant simplement, quelques-unes des diverses affections présentant, comme symptôme le plus frappant, le sommeil.

Le but de notre travail est, non pas de faire une étude complète de toutes les maladies à somnolence, mais une simple liste à laquelle nous avons essayé d'ajouter une manifestation syphilitique peu commune: la méningite syphilitique hypersomnique.

Nous devons ce sujet de thèse à la bonté de notre maître, Monsieur le professeur Ducamp, qui nous l'a indiqué, au cours de ses excellentes leçons cliniques, dans son service de l'Hôpital Suburbain.

Nous remercions doublement Monsieur le professeur Ducamp qui, en nous suggérant ce travail, nous a permis de rendre une fois de plus hommage à la mémoire d'un de nos maîtres regrettés: Monsieur le professeur Rauzier.

L'observation II, contenue dans cette thèse, fit, en effet, l'objet de la dernière communication du grand maître disparu à la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, dans sa séance du 27 février 1920. Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous reproduisons ici

cette observation, qui marque l'une des dernières manifestations du grand et savant esprit clinique qu'était le professeur Rauzier.

Nous remercions également tous les professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier et, particulièrement, Monsieur le professeur Vedel qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre soutenance de thèse; nous les prions d'être indulgents si, au cours de ce modeste travail, ils découvrent des lacunes et des imperfections dans l'application des principes qu'ils nous ont prodigués au cours de nos études. Mais qu'ils soient assurés que, dans notre carrière médicale, nous n'aurons de devoir plus sacré que celui de faire triompher partout, et pour le plus grand bien de nos malades, les idées que nous avons acquises au sein de notre mère médicale à tous : l'Ecole Montpelliéraine.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

MÉNINGITE SYPHILITIQUE

A FORME HYPERSOMNIQUE

Assez nombreuses sont les affections qui présentent, parmi leurs principaux symptômes, la somnolence. Avant de les énumérer, il nous paraît utile de limiter le sens des termes suivants, synonymes à des degrés divers : la somnolence, le sommeil, l'hypersomnie, la léthargie.

S'il convient de donner à ces mots un sens assez large, nous ne devons cependant pas considérer comme sommeil, somnolence, hypersomnie ou léthargie, ni l'hébétude, ni la prostration, ni le subcoma et surtout le coma rencontrés dans nombre d'affections cérébrales et dans presque tous les états méningés aigus. Sans prétendre le définir, nous entendrons donc, comme sommeil, avec Henri Claude : l'état du malade se rapprochant le plus de la période physiologique pendant laquelle on dort, état qu'une excitation

extérieure plus ou moins vive peut faire cesser, le sujet reprenant alors son activité psychique.

D'autre part, que dans les affections que nous citons, et surtout, que dans notre discussion, le sommeil soit primitif ou bien secondaire à l'occlusion des paupières par paralysie des muscles externes de l'œil, nous n'essayerons pas de discuter cette question si controversée.

Compris ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, le sommeil, qu'il soit continu ou paroxystique, se présente à nous dans les affections suivantes :

La trypanosomiase à sa seconde période, le nom de « maladie du sommeil » qui lui a été donné indique bien son caractère.

L'encéphalite léthargique de Netter, dans sa forme la plus commune, qui lui a valu son nom.

Les polio-encéphalites aiguës et subaiguës.

Les encéphalites aiguës infectieuses des enfants citées par Comby.

Certaines gripes cérébrales.

Certaines tumeurs et traumatismes de l'hypophyse et de l'infundibulum décrits par Salmon, de Florence.

La narcolepsie hystérique, décrite par Emile Weill, depuis que l'on parle à outrance de l'encéphalite léthargique, résultat d'une influence nosocomiale, sur des sujets atteints de névrose.

La somnolence a encore été indiquée par Baudouin et Lantuéjoul dans un cas de ramollissement cérébral.

Nous pourrions citer aussi la méningite tuberculeuse quoique la somnolence, dans ce cas, se rapproche bien du coma.

Enfin, nous ajouterons, en dernier lieu, la maladie qui nous intéresse le plus ici : la méningite syphilitique dans sa forme hypersomnique.

Tous les auteurs ont décrit la somnolence dans la méningite syphilitique mais elle venait avec le cortège habituel des symptômes de cette affection. Elle s'ajoutait aux paralysies oculaires externes et internes, aux troubles de la parole, au délire, à l'obnubilation, au Kernig, à la raideur de la nuque. A ces divers signes se surajoutaient la céphalée à exaspération nocturne, les vomissements, la constipation. Le tout évoluait généralement sans fièvre, mais, comme l'a montré Hutinel, pouvant très bien s'accompagner d'un état pyréétique assez fort. A côté de ces manifestations cliniques le liquide céphalorachidien dénotait, à l'examen de l'hyperleucocytose, de l'hyperalbuminose et enfin une réaction de Bordet-Wassermann toujours positive, dans ce liquide, bien que quelquefois elle ait été négative dans le sang de ces mêmes malades.

Mais la syphilis, si féconde en manifestations de toutes sortes, et considérée à juste titre, par Fournier, comme la plus polymorphe des affections, nous offre sans cesse des surprises. La voici, en vraie maladie protégée, se mettant à nouveau à l'ordre du jour en se révélant à nous sous une forme inattendue : la forme hypersomnique.

Les deux observations qui vont suivre et que nous essaierons de discuter, apportent des témoignages à nos dires. Elles nous montrent que la syphilis, jalouse on le dirait, de cette maladie qui captive à l'heure actuelle tous les esprits médicaux, supprime de sa localisation aux méninges presque tous les signes cliniques, pour n'en garder que trois : céphalée violente au début, somnolence invincible et fièvre, suffisants, à notre humble avis, pour simuler à s'y méprendre, sa rivale en vogue l'encéphalite léthargique.

OBSERVATION PREMIÈRE

Nous devons cette observation à l'obligeance et à la bonne camaraderie de M. Blouquier de Claret, interne de M. le Professeur Ducamp.

Le 14 janvier 1920 entre, dans le service de M. le professeur Ducamp, salle Combal, lit n° 16, le nommé P. P..., 45 ans, cordonnier, pour céphalée violente revêtant la forme d'une hémicranie droite à exacerbations surtout nocturnes qui ont fait porter, par un médecin, le diagnostic de « névralgie faciale ».

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler; parents décédés âgés; quatre frères et une sœur, tous en excellente santé.

Le malade est marié. Femme en bonne santé, mais elle accuse que les deux premières grossesses se sont terminées par un avortement, la première à deux mois, la seconde à trois mois. Elle a perdu, en outre, un enfant âgé de 3 mois, mort de gastro-entérite, et un autre, à 7 ans, de méningite. Actuellement, possède un fils de 8 ans ayant une très bonne santé.

Elle n'aurait jamais été malade, si ce n'est en janvier 1919 où elle eut une crise de névralgie faciale qui aurait cessé au bout de quarante-huit heures.

P. P... nie toute spécificité.

Mobilisé, en août 1914, a fait toute la campagne dans un régiment d'infanterie territoriale.

A l'entrée, le malade présente une température de 39°; il attire immédiatement l'attention par les violentes douleurs qui, toutes les deux à trois minutes, lui arrachent des cris et qui sont « comme si une étincelle électrique lui traversait le cerveau ».

On ne note rien d'anormal, au point de vue de la motilité et de la sensibilité du côté de la face.

Pupilles réagissant bien à la lumière.

Dans les membres supérieurs et inférieurs, la force est conservée, la sensibilité intacte; pas de dissociation.

Réflexes des membres supérieurs normaux.

Réflexes achilléens et rotuliens très vifs.

Babinski négatif des deux côtés.

Réflexe crémastérien diminué à droite, normal à gauche.

Pas de troubles sphinctériens.

Pas de Kernig.

La marche est normale.

Pas de photophobie; intelligence intacte.

Langue saburrale; pas de vomissement; constipation.

On note de la tachycardie (pouls à 100); éclat très marqué du second bruit à l'aorte. Tmx 18, Tmn 7, au Pachon.

Il existe de l'oligurie: 300 cc. en vingt-quatre heures; traces d'albumine: 40 gr. 2 d'urée par litre; urée du sérum, 0 gr. 56 par litre.

Ponction lombaire. — Liquide clair, non hypertendu, 17, à l'appareil de Claude.

Examen cytologique: 68,6 lymphocytes par millimètre cube.

Examen chimique: albumine, 0 gr. 35 p. 1000; chlorures, 7,45 p. 1000.

Le 17 janvier 1920. — Les phénomènes douloureux se sont amendés grâce à l'administration de 8 centigrammes de morphine et de un demi milligramme d'aconitine, de grands bains chauds et d'applications de glace sur la tête.

A cette date, la température qui a oscillé entre 38° et 39°, s'élève à 39° et le malade présente une somnolence invincible. Il faut réitérer plusieurs fois la même question et

parler fortement pour arriver à obtenir une réponse qui est le plus souvent monosyllabique.

On est obligé de soulever le malade pour lui faire absorber des liquides.

Constipation marquée; pas de Kernig et on constate les mêmes signes qu'à l'entrée.

Le 19 janvier 1920. — La somnolence est toujours des plus marquée. Mais on apprend que la réaction de Wassermann, qui a été demandée, avec le liquide céphalorachidien de la première ponction, est nettement positive. On fait immédiatement une injection de 0 gr. 60 d'arsénobenzol et, le 21, on commence une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. Cinq jours après, le 24 janvier 1920, l'examen cytologique du liquide céphalorachidien révèle:

28,8 éléments cellulaires au millimètre cube, dont 23,6 lymphocytes, 5,2 mononucléaires et présence très rare de cellules endothéliales.

Examen chimique: albumine, 0,40 p. 1000 ; chlorures, 7 gr. 30 p. 1000.

Du 19 au 25, la température se maintient aux environs de 40°, mais elle est expliquée par l'apparition d'un noyau de bronchopneumonie au sommet droit.

L'examen des crachats, pratiqué à cette époque, ne permet pas de découvrir de bacille de Koch.

Aucune modification importante ne se produit dans l'état du malade. Il faut le secouer fortement pour l'arracher à l'état de torpeur dans lequel il se trouve, mais il reconnaît les personnes qui l'entourent et répond sensément aux questions posées, cependant la somnolence réapparaît dès qu'on cesse de lui parler.

30 janvier. — Examen du liquide céphalorachidien: 26,5 lymphocytes et mononucléaires; formule chimique analogue aux jours précédents.

Le traitement, au néo-arsénobenzol est continué tous les sept jours, une injection de 0 gr. 75 puis de 0 gr. 80 que l'on répète trois fois. Entre temps, on continue les injections de cyanure de mercure.

La température baisse progressivement, et se trouve à 37°5 le 14 février; à cette date, on constate à la cellule de Nageotte, 13,2 éléments figurés, la majeure partie est constituée par des lymphocytes, mais on voit quelques rares mononucléaires et deux polynucléaires.

Examen chimique: albumine, 0 gr. 55 p. 1000; chlorures, 7 gr. 1 p. 1000.

Malgré l'amélioration manifeste qui s'est produite sous l'influence du traitement au point de vue cytologique du liquide céphalorachidien, le malade présente toujours un état de torpeur marqué, auquel vient s'ajouter un bredouillement des plus manifestes.

L'état général reste bon, bien qu'il y ait un fort amaigrissement. Il n'existe toujours pas de Kernig et les réflexes des membres inférieurs sont exagérés sans qu'il y ait de trépidation épileptoïde, ni danse de la rotule.

L'état précédent reste stationnaire, cependant, dans le courant du mois de mars, le malade, continuant à être soumis au traitement spécifique intensif, la somnolence diminue d'intensité, la fièvre n'existe plus, mais le sujet présente une dysarthrie très forte. Les réflexes restent ce qu'ils étaient, exagérés aux membres inférieurs. Bien que l'amaigrissement du malade soit extrême, nous pouvons affirmer que l'amélioration est manifeste. Mais le 1^{er} avril, la famille du malade demande son exeat.

Malgré l'état de faiblesse du malade et sa dysarthrie, tous les signes du début ont à peu près disparu. A sa sortie, le malade n'a presque plus de torpeur, ni de température, pas de Kernig, pas de trépidation épileptoïde ni danse de la rotule.

OBSERVATION II

Qui nous a été donnée par M. le docteur Giraud, chef de clinique du regretté
Professeur Rauzier

S. J..., 18 ans, garçon coiffeur, entre, salle Bichat, lit n° 15, le 12 janvier 1920, pour somnolence.

Depuis deux mois, cet adolescent est atteint de somnolence permanente, survenue insidieusement et s'accroissant peu à peu.

Il a dû arrêter son travail, il s'endort à table Il s'assoupit, dès qu'on cesse de tenir son attention en éveil. Il s'est endormi dans un fauteuil du cabinet de consultation où il était présenté par un membre de sa famille. Il n'aurait présenté, chez lui, aucune élévation thermique, ni aucun trouble somatique. Il aurait vécu d'une vie végétative normale, il accuse toutefois actuellement des céphalées diurnes et nocturnes d'apparition récente.

Il ne présente pas d'antécédents morbides.

Pas de commémoratifs spécifiques ni personnel, ni familiaux.

Le sujet, d'une bonne complexion générale, de teint pâle, est dans un état de torpeur marquée. Il répond aux questions posées, puis retombe dans son apathie.

Le psychisme paraît normal, mais lent; sa température centrale est de 38° à l'entrée, mais normale les jours suivants.

La langue est un peu sale. L'examen des organes est négatif. Pas de troubles digestifs. Selles normales. Pas d'albuminurie.

Pouls à 88. Cœur normal. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité. Réflexes normaux.

Pas de Babinski. Pas de raideur, ni de douleur rachidienne. Pas de Kernig.

Pupilles égales contractiles. Motilité oculaire normale. Pas de strabisme. Pas de photophobie.

La ponction lombaire est pratiquée. Le liquide jaillit en jet; il est limpide et clair.

Examen chimique: albumine, 0 gr. 90 p. 1000; chlorures, 7 gr. 3 p. 1000.

Examen cytologique: 37,7 lymphocytes à la cellule de Nageotte.

La réaction de Wassermann est positive dans le liquide céphalorachidien.

Recherche du trypanosome dans le sang et le liquide céphalorachidien, est demeurée négative.

L'inoculation du culot de centrifugation au cobaye est demeurée négative.

Le malade a été soumis immédiatement à un traitement antispécifique (biiodure de mercure, cacodylé, iodure de potassium).

Il a été réveillé à la troisième injection, complètement guéri à la septième. Somnolence et céphalée qui constituaient les seuls symptômes morbides, ont disparu.

Le liquide céphalorachidien, réexaminé le 23 février, contenait: 0 gr. 75 d'albumine et 7 gr. 2 de chlorures par litre; 8,2 lymphocytes par millimètre cube.

La réaction de Bordet-Wassermann a été négative à ce deuxième examen.

De ces deux observations, nous pourrions en rapprocher une troisième, non moins typique, de M. J. Crépin, d'Alger, observation qui a été présentée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 13 février 1920 par M. Pierre Marie, sous le titre d'*Encéphalite léthargique avec lymphocytose et Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien*.

Le sujet dont parle M. Crepin présentait, après une période convulsive de début, de la céphalée, un peu de fièvre et une somnolence très marquée, le traitement antispécifique lui fut aussi favorable qu'à nos malades, car il amena la guérison.

DISCUSSION

Si des deux observations que nous donnons, nous isolons les signes cliniques, nous voyons qu'ils se réduisent à la céphalée, la fièvre au début, et à la somnolence.

Devant un nombre aussi restreint de manifestations cliniques, pouvons-nous penser à la trypanosomiase? L'origine de nos deux malades, leurs antécédents, le début même de leur maladie, nous permettent d'éliminer cette première affection.

D'autre part, la mise au point que nous avons essayé de faire au début de notre travail, au sujet du sens à donner au mot somnolence, nous autorise, croyons-nous, à éliminer également la méningite tuberculeuse à forme comateuse, décrite par Dieulafoy. Il reste l'encéphalite léthargique. Ce diagnostic se présente d'autant plus à notre esprit que la mise à l'ordre du jour en Europe de cette maladie, nous pousse à la voir un peu partout.

Cependant, le fait de croire à l'encéphalite léthargique, devant deux malades qui ont de la céphalée, de la fièvre et qui dorment, nous paraît naturel. Mais, nous dira-t-on, il manque à nos deux malades, l'un des trois signes cardinaux que Lhermitte donna à l'encéphalite léthargique, à savoir : les atteintes des nerfs mésocéphaliques et surtout les paralysies oculaires. A cette question, nous pouvons répondre que : Achard, dans la communication qu'il fit, le 3 février 1920 à l'Académie de médecine, indiqua que, dans

l'encéphalite léthargique, les paralysies oculaires pouvaient très bien faire défaut.

En tout cas, et quand bien même le tableau des signes cliniques de l'encéphalite léthargique donné par Ihermitte, serait au complet chez nos deux malades, il nous paraîtrait présomptueux d'affirmer ce diagnostic, sans nous aider des lumières du laboratoire.

Nos maîtres, le regretté professeur Rauzier et M. le professeur Ducamp ayant conscience de l'aide toujours plus croissante que le laboratoire apporte à la clinique, n'hésitèrent pas à lui demander les indications que la clinique seule ne pouvait leur donner.

Voici résumés, en deux tableaux, les recherches de laboratoire faites pour nos deux malades.

Observation Première

Réaction (B.-W.), négative dans le sang.

Recherche du Koch dans crachats et liquide céphalorachidien : négative.

Analyses cyto-chimiques du liquide Céphalo-rachidien

DATES	Cytologie au Nageotte	ALBUMINE	CHLORURES	R. (B.-W.)
15 janvier 1920.	67,6 Lymp.	0,35	7,45	+
16 — —	68,3 Lymp.	0,30	7,15	+
<i>Debut du traitement antispécifique.</i>				
28 janvier 1920.	28,8 Lymp.	0,46	7,30	+
30 — —	26,5 id.	0,40	7,30	+
14 février —	13,2 id.	0,55	7,1	+

Observation II

Réaction Bordet-Wassermann, négative dans le sang.

Recherche du trypanosome dans le sang: négative.

Recherche du Koch dans le liquide céphalorachidien: négative.

Inoculation au cobaye du culot de centrifugation du liquide céphalorachidien: négative.

Etude du liquide Céphalo rachidien

DATES	Cytologie au Nageotte	ALBUMINE	COLORURES	(B.-W)
12 janvier 1912.	37,7	0,90	7,3	+
23 février 1920. Après traitement anti-spécifique	8,2	0.75	7,2	—

Si ce que nous disions précédemment de la trypanosomiase et de la méningite bacillaire avait laissé subsister quelques doutes sur la possibilité de leur élimination, un simple coup d'œil jeté sur les tableaux ci-dessus suffit pour que nous ne revenions plus sur ces deux affections.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'encéphalite léthargique. En effet, depuis que par la multiplicité des cas, la trop fameuse encéphalite léthargique commence à se faire connaître dans ses modalités, nous croyons que, malgré les données du laboratoire sus-citées, le diagnostic de méningite syphilitique à forme hypersomnique, que nous portons après nos professeurs, mérite encore d'être discuté, d'avec celui d'encéphalite léthargique.

On sait en effet maintenant, avec Achard que l'encéphalite léthargique peut s'accompagner, au moins au début, de réaction lymphocytaire du liquide céphalorachidien. Mais le même auteur nous indique aussi, que cette réaction disparaît en quelques jours, sans traitement.

L'on sait de même, depuis que Hallé nous l'a décrit dans sa communication du 23 janvier 1920 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, que l'encéphalite léthargique peut, dans certains cas, s'accompagner d'hyperalbuminose du liquide céphalorachidien, mais que, comme l'hyperlymphocytose, elle disparaît d'elle-même au bout de quelques jours, sans traitement.

En est-il de même pour nos deux malades? Evidemment non, puisque ceux-ci ont gardé un taux d'albumine, supérieur à la normale et une hyperlymphocytose marquée, malgré leur traitement et l'amélioration manifeste de leur état, à la suite de ce même traitement.

Si, maintenant, nous examinons le rapport du nombre de lymphocytes au taux d'albumine, dans le liquide céphalorachidien de nos deux malades, nous remarquons qu'il existe la même dissociation cyto-albuminique que Caussade et Villette en 1908, Petit en 1912, Chauffard en 1913 et enfin Derrien, Euzière et Roger, la même année, décrivirent dans les méningites urémiques. A savoir, un chiffre lymphocytaire élevé, malgré un taux d'albumine faiblement au-dessus de la normale. Cette même dissociation, inverse de celle que Sicard avait trouvé dans le mal de Pott, et les compressions médullaires ou cérébrales, vient encore d'être découverte par le docteur Benard dans le liquide céphalorachidien de malades atteints d'encéphalite léthargique.

Dans une communication présentée par Widal à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le docteur Benard décrit

cette dissociation et parle d'en faire un signe de diagnostic important en faveur de l'encéphalite léthargique.

Est-ce à dire que chez nos malades la présence de cette dissociation plaide en faveur de l'encéphalite? Nous ne le pensons pas, car si la dissociation cyto-albuminique existe dans l'encéphalite de Netter, elle est éphémère ; suivant Achard et Hallé, en effet, ses éléments constituants disparaissent sans traitement. Chez nos malades, au contraire, elle persiste et n'a de tendance à disparaître qu'après un traitement intensif.

Nous dirons donc que si nos malades présentent dans l'ensemble, les réactions méningées pouvant exister dans l'encéphalite léthargique, elles n'ont pas dans les cas qui nous occupent le caractère principal trouvé dans cette dernière affection : disparition rapide sans traitement.

Reste maintenant la question assez délicate de la réaction de Bordet-Wassermann, positive dans le liquide céphalorachidien de nos deux malades.

A ce propos, les objections suivantes peuvent nous être faites.

Aucun des deux malades examinés n'accuse dans ses antécédents la spécificité. La réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalorachidien de nos deux sujets est-elle bien liée à la présence d'anticorps syphilitiques dans ce liquide? Ramond Louis, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 20 février 1920, nous dit qu'on a trouvé des cas typiques d'encéphalite léthargique, chez des sujets non suspects de syphilis et dont le liquide céphalorachidien présentait une réaction de B.-W. positive.

Janselme, à son tour, dans sa communication à l'Académie de médecine du 2 mars 1920, ajoute : « Q'une réaction de B.-W. positive dans un liquide fortement albumineux et xanthochromique, a été trouvée bien des fois positive chez

des sujets non syphilitiques, ce qui semble démontrer que cette réaction est liée à l'hyperalbuminose, car elle est devenue négative aussitôt que la teneur en albumine du liquide céphalorachidien s'est rapprochée de la normale »,

Enfin, nos deux malades étant considérés syphilitiques, ne pourrait-on supposer, comme dans le cas cité par Janselme, lors de sa communication du 2 mars 1920 à l'Académie de médecine, une greffe de l'encéphalite léthargique sur leur premier état pathologique?

A la première de ces objections, nous répondrons que, malgré les affirmations négatives de notre premier malade, nous sommes obligés de suspecter chez lui la syphilis. Les crises de céphalée à exaspération nocturne que présenta ce malade et le passé obstétrical de sa femme qui, sur cinq grossesses a eu : deux avortements à deux et trois mois, un enfant mort à trois mois d'existence, un enfant mort à sept ans d'existence, ne sont-ils pas suffisants pour légitimer le doute que nous apportons à ses dénégations?

Au sujet de notre second malade, nous n'avons pu recueillir aucun renseignement précis sur ses antécédents, mais, est-il besoin de dire que Fournier et Hutinel nous apportent, tous les deux, par leurs études sur les manifestations de la syphilis héréditaire tardive, les arguments nécessaires à expliquer que, chez notre jeune malade, la réaction de Bordet-Wassermann peut très bien être positive, sans qu'il soit nécessaire pour cela, que lui-même ait contracté la spécificité.

Pour répondre aux deux dernières objections, force a été ici, vu l'absence d'autres signes cliniques, de donner d'abord à la réaction de Bordet-Wassermann, toute la valeur indicative qu'avaient bien voulu lui reconnaître ses auteurs et d'instituer immédiatement le traitement antispécifique.

Sachant, avec Netter, que les traitements mercuriels et

arsénobenzolés sont sans action sur l'encéphalite léthargique et étant donnés les résultats obtenus sur nos deux malades par ce même traitement, nous pouvons affirmer, en toute sincérité que nos deux sujets étaient bien et seulement atteints, de méningite syphilitique. Que celle-ci n'ayant présenté comme signe clinique que de la céphalée, de la température et surtout de la somnolence, mérite bien d'être comprise dans le nombre des maladies ayant pour symptôme capital, le sommeil, et qu'elle peut y figurer avec le nom de méningite syphilitique à forme hypersomnique.

CONCLUSION

Sans vouloir donner, des symptômes de la méningite syphilitique hypersomnique, un tableau pouvant figurer dans nos traités de pathologie interne, sans vouloir, non plus, prôner la réaction de Bordet-Wassermann au-dessus de toute limite, qu'il nous soit cependant permis de dire pour terminer : d'abord que tous les malades qui présentent comme seuls symptômes de la fièvre, de la céphalée, et surtout de la somnolence, ne sont pas nécessairement atteints d'encéphalite léthargique. Ensuite, que si avec des signes cliniques sus-cités, le liquide céphalorachidien des sujets examinés présente une réaction de Bordet-Wassermann positive, qu'il y ait ou non dans ce liquide hyperlymphocytose et hyperalbuminose ; nous devons toujours, comme le préconisait le professeur Hutinel, en 1918, en parlant des formes anormales de la méningite, et tous nos maîtres jusqu'ici ; instituer sans retard un traitement antispécifique. Nous éviterons ainsi de laisser sans traitement certaines manifestations peu connues de la syphilis, parmi lesquelles nous comprendrons : la méningite syphilitique à forme hypersomnique.

BIBLIOGRAPHIE

- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
— Syphilis héréditaire de l'âge adulte.
— La syphilis cérébrale.
- HUTINEL, KLIPPEL, etc. — Les maladies des méninges.
- BROUARDEL et FILBERT. — Les maladies du cerveau.
- RAUZIER (G.) et GIRAUD. — Somnolence syphilitique. Soc. médicale et biologique de Montpellier, 27 février 1920. In *Montpellier médical*, 1920.
- SICARD. — Le liquide céphalorachidien.
- LOCHELONGUE. — Le liquide céphalorachidien.
- DUM (Charles-L.). — Somnolence morbide et sa relation avec les glandes à sécrétion interne. In *Medical Record*, 1^{er} janvier 1916.
- BAUDOIN et LANTUEJOUL. — Cas de ramollissement cérébral avec leucocytose dans le liquide céphalorachidien, ayant simulé l'encéphalite léthargique. In *Bullet. Soc. méd. des hôpitaux*, 1920.
- WEILL (E.). — Narcolepsie hystérique. In *Soc. méd. des hôpitaux*, 6 février 1920.
- CRÉPIN d'Alger. — Encéphalite à type léthargique avec lymphocytose et Wassermann positif dans le liquide céphalorachidien. In *Soc. méd. des hôpitaux*, 13 février 1920.

- CLAUDE (H.). — Etats méningés avec narcolepsie et encéphalite léthargique. In *Soc. médic. des hôpitaux*, 23 janvier 1920.
- SALMON (M.-A.), de Florence. — Somnolence continue ou paroxystique dans les tumeurs de l'hypophyse ou dans les traumatismes correspondant à l'hypophyse. In *Presse médicale*, 8 octobre 1917.
- FEINDEL. — La méningite syphilitique aiguë. *Rev. de neurologie*, octobre 1918.
- DIEULAFOY. — Méningite tuberculeuse de l'adulte. In *Manuel de pathol. int.*, t. III.
- ROSENBAACH. — Sur quelques phénomènes équivalentaires des ictus épileptiformes au cours des diverses formes de la syphilis cérébrale. *Thèse de Montpellier*, n° 4, 1914.
- DENECHAU d'Angers. — L'encéphalite léthargique. In *Archives méd. et chir. de province*, n° 2, févr. 1920.
- ACHARD. — Diversités cliniques de l'encéphalite léthargique. *Acad. méd.*, 3 février 1920.
- WIDAL. — Réactions méningées dans encéphalite léthargique. *Acad. médecine*, 1920.
- HALLÉ. — Hyperalbuminose du liquide céphalorachidien dans l'encéphalite léthargique. In *Soc. méd. des hôp.*, 23 janvier 1920.
- PIERRE-MARIE. — Encéphalite léthargique et réaction méningée. *Acad. de méd.*, 20 janvier 1920.
- RAMOND. — Encéphalite léthargique à forme ambulatoire. In *Soc. méd. des hôp.*, 20 février 1920.
- FOUQUES (Aimé). — Etude pratique de l'albumine du liquide céphalorachidien chez les syphilitiques. *Th. de Paris*, 1914, n° 419.
- ROGER (H.), de Marseille. — Le liquide céphalorachidien dans l'encéphalite léthargique. In *Rev. de biolog.*, 28 février 1920.

DUFOUR (H.). — Les méfaits de l'hérédosyphilis tardive sur le système nerveux. In *Soc. méd. des hôp.*, 19 mai 1915.

LETULLE (Charles). — Des résultats de réaction de Wàssermann dans les manifestations viscérales de la syphilis méconnue. *Thèse de Paris*, n° 52, 1916.

BENARD. — Dissociation cyto-albuminique dans l'encéphalite léthargique. In *Soc. méd. des hôp.*, 26 février 1920.

JANSELME. — Encéphalite léthargique et syphilis. *Acad. de méd.*, 2 mars 1920.

NETTER. — Traitement de l'encéphalite léthargique. *Acad. de méd.*, 30 mars 1920.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 28 avril 1920
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 27 avril 1920.
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
